

Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal

La présente déclaration de principe a été analysée et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), la *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada* (AWHONN Canada*), l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC).

* La déclaration de principe a été rédigée avec l'aide et le soutien de AWHONN Canada, mais n'a pas été avalisée par AWHONN États-Unis.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 30, n° 12, 2008, p. 1166–1168

INTRODUCTION

À cours des 25 dernières années, les soins de maternité ont connu des changements considérables; de nos jours, le recours à la technologie pendant l'accouchement est devenu la norme, ce qui se reflète dans la hausse du nombre d'interventions médicales effectuées dans le cadre des accouchements ne s'accompagnant que de faibles risques. En 2005–2006, les estimations canadiennes quant au taux total de césarienne et au taux de césarienne primaire étaient de 26,3 % et de 18,6 %, respectivement¹.

Les associations professionnelles se préoccupent de la hausse du nombre d'interventions effectuées pendant l'accouchement, puisque cela expose la mère et l'enfant à des risques inutiles. Selon une analyse des données menée par Romano et Lothian², les changements sociaux et culturels ont nourri une insécurité chez les femmes à l'égard de leur capacité d'accoucher sans intervention technologique. La déclaration de principe et les recommandations suivantes soutiennent les pratiques optimales et ont pour but de promouvoir, de protéger et de soutenir l'accouchement normal.

Mots clés : Natural delivery, natural childbirth, normal labour, normal childbirth

ACCOUCHEMENT NORMAL ET ACCOUCHEMENT NATUREL

Travail normal : Début et évolution spontanée du travail qui mènent à un accouchement spontané (normal) à 37–42+0 semaines de gestation, s'accompagnant d'un troisième stade normal. Il peut comprendre une analgésie pharmacologique (opioïdes / inhalation) et non pharmacologique, ainsi que l'administration systématique d'oxytociques pour le troisième stade.

Accouchement normal (spontané) (c.-à-d. qui n'est pas assisté par forceps, par ventouse obstétricale ou par césarienne, et dans le cadre duquel la présentation n'est pas anormale) : Ce terme ne décrit que le type de l'accouchement. Il pourrait, donc, englober le déclenchement, l'accélération, le monitoring électronique fœtal, l'anesthésie régionale, et les complications de la grossesse (hypertension, hémorragie antepartum, etc.). En bref, bien que le travail puisse présenter une complication ou une anomalie, l'accouchement est normal (spontané).

Naturel : Le Nouveau Petit Robert³ définit ce terme comme suit : « Propre au monde physique, à l'exception de l'homme et de ses œuvres (opposé à *humain, artificiel*); qui n'a pas été modifié, traité par l'homme ». Un accouchement est considéré comme étant « naturel » lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou même d'aucune intervention humaine.

Définition de l'accouchement normal

L'accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques au début du travail (situation quant aux risques qui perdure tout au long du travail et de l'accouchement). L'enfant naît spontanément en position du sommet entre la 37^e et la 42^e+0 semaine complétée de gestation. L'accouchement normal comprend l'occasion de contact peau-à-peau et d'allaitement au cours de la première heure suivant l'accouchement.

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Le caractère « normal » de l'accouchement n'exclut pas la présence possible de complications telles que l'hémorragie postpartum, les traumatismes périnéaux et leur réfection, ainsi que l'admission à l'unité néonatale de soins intensifs. L'accouchement normal peut également comprendre, dans les circonstances appropriées, des interventions factuelles visant à faciliter l'évolution du travail et l'accouchement vaginal normal; par exemple :

- Accélération du travail
- Rupture artificielle des membranes, lorsque cela ne s'inscrit pas dans le cadre du déclenchement médical du travail
- Soulagement pharmacologique de la douleur (oxyde nitreux, opioïdes et/ou péridurale)
- Prise en charge du troisième stade du travail
- Soulagement non pharmacologique de la douleur
- Auscultation fœtale intermittente

L'accouchement normal ne comprend pas ce qui suit :

- Déclenchement de convenance du travail avant 41+0 semaines
- Analgésie rachidienne
- Anesthésique général
- Utilisation de forceps ou de ventouse obstétricale
- Césarienne
- Épisiotomie systématique
- Monitoring électronique fœtal continu dans le cas des accouchements ne s'accompagnant que de faibles risques
- Présentation fœtale anormale

Pourquoi est-il important de respecter l'aspect « normal » de l'accouchement?

La SOGC et ses partenaires souscrivent aux énoncés suivants :

1. La perception selon laquelle l'accouchement constitue un processus naturel devrait être défendue par tous les professionnels de la santé qui offrent des soins prénatals.
2. Les professionnels des soins de santé devraient s'engager à protéger, à promouvoir et à soutenir l'accouchement normal, conformément aux pratiques factuelles. L'accouchement normal devrait être disponible et favorisé dans tous les milieux hospitaliers.
3. Le fait d'intervenir dans le processus naturel, lorsque le travail et l'accouchement évoluent normalement, devrait être motivé par une raison valable (pratique factuelle).
4. L'identification de facteurs de risque peut ne pas affecter la possibilité de procéder à un accouchement normal.

5. L'évaluation du risque ne constitue pas une intervention ponctuelle, mais bien un processus se poursuivant tout au long de la grossesse et de l'accouchement. L'orientation de la patiente vers un établissement offrant un degré supérieur de soins peut s'avérer nécessaire en présence de signes précoces de complications.
6. Toutes les femmes enceintes et les parturientes (ainsi que les membres de leur famille) devraient être en mesure de prendre des décisions éclairées. Toutes les candidates à l'accouchement normal devraient être incitées à y avoir recours.
7. Les femmes devraient avoir accès à des ressources de maternité locales et à un soutien adéquat pour la tenue d'un accouchement normal en milieu hospitalier.

La SOGC et ses partenaires estiment qu'il est souhaitable de travailler à restaurer la confiance envers le processus normal de l'accouchement auprès des femmes enceintes, des fournisseurs de soins de maternité et de la société en général.

Les fournisseurs de soins de maternité souscrivent aux énoncés suivants :

1. Les Canadiennes enceintes qui courent de faibles risques de complications devraient se voir offrir des renseignements, de l'encouragement et du soutien quant à la tenue d'un accouchement naturel.
2. À la suite d'une grossesse normale, l'accouchement vaginal est plus sûr pour la mère et l'enfant que la césarienne.
3. Les fournisseurs de soins devraient se voir offrir des renseignements, de l'encouragement et du soutien en vue de faciliter la tenue d'un accouchement naturel.
4. La césarienne devrait être réservée aux grossesses dans le cadre desquelles la santé maternelle et/ou fœtale est menacée.
5. La césarienne ne devrait pas être offerte en l'absence d'une indication obstétricale.

Recommandations

La SOGC et ses partenaires offrant des soins de maternité recommandent ce qui suit :

1. L'élaboration de directives cliniques nationales quant à l'accouchement normal qui traitent des fondements philosophiques de cette pratique et des attentes envers celle-ci, et ce, en vue de fournir un cadre de référence à l'intention de toutes les associations professionnelles s'intéressant à l'offre de soins de maternité; ces directives cliniques devront comprendre les composantes suivantes :

- Début spontané du travail
 - Liberté de mouvement tout au long du travail
 - Soutien continu pendant le travail
 - Aucune intervention systématique
 - Poussées spontanées dans la position privilégiée par la patiente
 - Mise en œuvre d'une surveillance fœtale par auscultation intermittente
 - Établissements offrant des approches tant pharmacologiques que non pharmacologiques en matière de soulagement de la douleur (telles que des bains / douches, l'accès à de la lumière naturelle, des conceptions / adaptations environnementales, l'accès à un endroit paisible)
2. La mise sur pied de comités interdisciplinaires (dont les membres doivent provenir de toutes les disciplines en cause) visant la mise en œuvre de politiques d'unité standardisées en ce qui concerne l'accouchement normal et tous les aspects des soins de maternité.
 3. La promotion, auprès des monitrices en périnatalité et des fournisseurs de soins de maternité, de connaissances et d'expériences en ce qui concerne le processus de l'accouchement et les pratiques factuelles, de façon à ce que les femmes et leur famille puissent bénéficier de renseignements au sujet de l'accouchement normal; la préparation prénatale doit être centrée de façon positive sur les compétences pratiques permettant de faire face au travail et à la douleur de l'accouchement.
 4. L'offre, à toutes les femmes enceintes ne courant que de faibles risques, de renseignements et d'occasions de discuter de l'accouchement naturel. Cela doit comprendre les renseignements établissant que les interventions superflues entraînent la hausse des risques que courent la mère et l'enfant.
 5. La promotion de connaissances et de compétences spécialisées en matière d'accouchement normal auprès

des praticiens / professionnels de la santé offrant des soins intrapartum.

6. La création d'occasions pédagogiques concertées en ce qui concerne l'accouchement normal à l'intention des fournisseurs de soins de maternité. Les programmes de sensibilisation et de formation ont pour but de bâtir la confiance nécessaire au soutien des femmes qui souhaitent accoucher sans interventions technologiques.

RÉFÉRENCES

1. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Donner naissance au Canada : Tendances régionales de 2001—2002 à 2005—2006. Ottawa : ICIS, 2007. Disponible à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/Childbirth_AiB_FINAL_F.pdf. Consulté le 29 octobre 2008.
2. Romano AM Lothian JA. « Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 37, 2008, p. 94-105.
3. Le Nouveau Petit Robert. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2002.

BIBLIOGRAPHIE SUPPLÉMENTAIRE

- New Zealand College of Midwives (2006). *NZCOM Consensus Statement Normal Birth*, Christchurch, Nouvelle-Zélande : NZCOM, 2006. Disponible à : <http://midwife.org.nz/index.cfm/1,108,html/Consensus-Statements>. Consulté le 5 août 2008.
- The Royal College of Midwives (2004). *Position Statement on Normal Childbirth*, Londres : The Royal College of Midwives, 2006. Disponible à : <http://www.rcm.org.uk/college/campaigns-and-policy/position-statements>. Consulté le 5 août 2008.
- The Royal College of Midwives, The Royal college of Obstetricians and Gynaecologists, The national birth Trust. *Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care working party*, 2007. Disponible à : http://rcog.org.uk/resources/public/pdf/normal_birth_consensus.pdf. Consulté le 4 août 2008.
- Organisation mondiale de la santé, Santé de la mère et du nouveau-né / Maternité sans risques, division de santé génésique. *Les soins liés à un accouchement normal : Rapport d'un groupe de travail technique*. Genève : OMS, 1997. WHO/FRH/MSM/96.24. Disponible à : http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/index.html. Consulté le 29 octobre 2008.
- Zwelling E. « The emergence of high-tech birthing », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 37, 2008, p. 85-93.